ESTRATTO
DAGLI
Atti della Società Italiana di Anatomia
1° Convegno in Bologna 8-10 Ottobre 1929
PUBBLICATI NEL
Monitore Zoologico Italiano
Anno XL, N. 11-12. — Firenze, 1929.

All Prof. Vanzetti
Omaggio
9/30

Li Causi Dott. Gaetano.

STUDI SULLA REGIONE LOMBARE LATERALE: IL TRIGONO LOMBARE ED IL TETRAGONO LOMBARE.

A
608

DITTA EDITRICE LUIGI NICCOLAI
FIRENZE
1930.

Li Causi Dott. Gaetano. — # STUDI SULLA REGIONE LOMBARE LATERALE: IL TRIGONO LOMBARE ED IL TETRAGONO LOMBARE. (*Istituto di Anatomia umana della R. Università di Torino, diretto dal Prof. G. Levi*).

È vietata la riproduzione.

Ricerche con metodo statistico sulla regione lombare laterale di 77 soggetti, disseccati d'ambedue i lati, mi diedero i risultati seguenti:

I. — Trigono lombare (*Trigonum lumbale Petiti*).

1°) Esiste soltanto nel 15,6 %; la sua area è occupata da una sottile fascia, risultante dalla fusione delle fascie di rivestimento superficiale e profonda del latissimo del dorso e continuantesi lateralmente

come fascia di rivestimento superficiale dell'obliquo esterno, tesa a mo' di ponte dal margine laterale del tendine del latissimo al margine posteriore dell'obliquo esterno ed inserita sulla cresta iliaca. Esili e trascurabili vasellini perforano qualche volta questa fascia. Ho d'ordinario riscontrato una spessa formazione laminare connettivo-tendinea, a margine laterale falcato e traversata da un sistema di fibre arcuate, la quale, continuando il margine laterale del tendine del latissimo, si estendeva fino al margine posteriore dell'obliquo esterno e fin sulla cresta iliaca sulla quale s'inseriva. Questa lamina, connettivo-tendinea, inguainata dalla predetta sottile fascia, veniva a coprire completamente l'area del trigono.

2°) Sotto la detta lamina di regola giacevano: l'obliquo interno e l'aponeurosi d'inserzione posteriore del trasverso ma, spesso per varia estensione, anche l'obliquo esterno e più di rado il quadrato dei lombi. Cosicchè in questa circoscritta zona della parete addominale, che dovrebbe corrispondere al trigono lombare, quasi costantemente ho riscontrato, procedendo dalla superficie alla profondità, i seguenti tre piani: 1) Lamina connettivo-tendinea; 2) Obliquo interno; 3) Aponeurosi d'inserzione posteriore del trasverso. A questi tre piani eventualmente possono aggiungersi, per un tratto più o meno esteso: lateralmente ed in un piano superficiale l'obliquo esterno; medialmente ed in un piano più profondo il quadrato dei lombi.

3°) Data la considerevole robustezza della parete, e data la mancanza di ampii fori vascolo-nervosi, nel trigono lombare mancano le condizioni predisponenti alle ernie addominali; perciò in condizioni anatomiche normali queste non possono prodursi.

II. — Tetragono lombare superiore (di Krause). (*Trigono lombo-costo-addominale di Grynfeltt, Trigono lombare superiore o rombus lombare di Lesshaft*).

1°) Esiste nell'83 % dei casi. Rappresenta una vera zona debole della parete addominale in cui quest'ultima è ridotta a due soli strati: uno profondo fibroso « aponeurosi d'inserzione posteriore del trasverso » ed uno superficiale muscolare « latissimo del dorso ». Ha forma *trapezoidale* ed i lati sono sovente incurvati. È delimitato cranialmente dal margine inferiore del dentato postero-inferiore, lateralmente dal margine posteriore dell'obliquo esterno, caudalmente dal margine posteriore dell'obliquo interno, medialmente dal margine laterale del quadrato dei lombi. Può anche avere forma di pentagono o di esagono

quando l'ultima costa o l'ileo-costale, od ambedue queste formazioni, contribuiscono a delimitarlo — quando i lati sono brevi, lo spazio ha forma anulare — oppure più di rado, quando l'obliquo esterno non concorre, forma triangolare, ad apice inferiore, nei casi in cui il margine posteriore dell'obliquo interno tenda alla verticale, e supero-laterale nei casi in cui il margine posteriore dell'obliquo interno tenda invece all'orizzontale.

L'estensione della sua area è variabilissima:

Lato	superiore	- lungh.	minima	1 cm.	lungh.	massima	3,5	cm.
»	supero-laterale	- »	»	0,2 cm.	»	»	2,5	cm.
»	infero-laterale	- »	»	0,2 cm.	»	»	5	cm.
»	mediale	- »	»	0,2 cm.	»	»	5	cm.

2°) Spesso la sua area è attraversata da fasci o lamine muscolo-tendinee soprannumerarie dell'obliquo esterno che lo suddividono in aree secondarie e talora lo mascherano del tutto.

3°) La sua assenza è eccezionale e può essere in relazione o con una più estesa inserzione d'origine in basso del dentato postero-inferiore; o con una più estesa inserzione d'origine in alto dell'obliquo interno; o, infine, con inserzioni di origini più estese di ambedue i detti muscoli, per cui i rispettivi margini, giungendo a contatto, possono financo arrivare a sovrapporsi per breve estensione.

4°) La zona dell'aponeurosi posteriore del trasverso, formante l'area del trapezoide lombare, è costantemente ricoperta da una lamina connettivale — ora lassa, ora spessa, quasi fibrosa — dipendente dalle fasce muscolari di rivestimento dei muscoli delimitanti l'area stessa.

5°) In qualche rarissimo caso si possono riscontrare nell'area del trapezoide lombare delle linfoghiandole aberranti (anche antracotiche).

6°) La presenza di fori vascolo-nervosi nella zona dell'aponeurosi posteriore del trasverso, formante l'area del trapezoide lombare, predispone a lipomi lombari traenti origine dal tessuto adiposo retro-reno-peritoneale. Nel trapezoide lombare coesistono ambedue i fattori anatomici predisponenti alla genesi delle ernie delle pareti addominali e cioè: debolezza di parete e presenza di fori vascolo-nervosi.

Luna. — È d'accordo col Li Causi che i triangoli lombo-sacrali sono estremamente rari; ma non crede che si possa assolutamente escludere che attraverso ad essi, quando eventualmente sono ben delineati, si possa far strada un viscere.

Allodi. — L'ernia nel triangolo lombare è rara ma è possibile; egli l'avrebbe osservata nel 6 %.